

Salinas City Elementary School District

Seizure Parent Letter

Dear Parent/Guardian:

Salinas City Elementary School District is aware that your child has a *seizure disorder* that may require treatment at school. In order for school to be prepared in case of emergency, we ask that you and your child's physician work together to fill out the attached [Seizure Action Plan](#). Please also fill out the form, [Questionnaire for Parents of a Child with Seizures](#). The plan is for you and your child's doctor to discuss, complete, and **requires both parent and physician signature**. Please then return to your child's school office as quickly as possible.

This Seizure Action Plan will be made available to all appropriate staff in your child's school building so that the school is aware of what steps to take in case an emergency were to arise.

It is important for your child's safety that we have the proper medication consent forms, supplies, and medications at school in order to respond to an emergency. **All prescription AND over the counter (OTC) medications require a consent form with parent and physician signatures.** The consent form is available in the school's office. This paperwork must be completed **annually** before the first day of school and be brought to the school office.

Not interested in the above? Please sign below and return to the Health Aide.

☐ My child does not need additional services at school. They are always provided first aid.

Child's Name: _____
Child's DOB: _____
School Site: _____

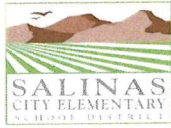
Parent/Guardian Signature: _____
Date: _____

Please call the District Nurse or school office if you have any questions or concerns. Thank you for helping us to ensure a safe and healthy year for your child at Salinas City Elementary School District.

Sincerely,

Health Services





Carta a los padres sobre convulsiones

Estimado padre / tutor:

El Salinas City Elementary School District sabe que su hijo tiene un *trastorno convulsivo* que puede requerir tratamiento en la escuela. Para que la escuela esté preparada en caso de emergencia, le pedimos que usted y el médico de su hijo trabajen juntos para completar el adjunto [Plan de acción para convulsiones](#). También complete el formulario, [Cuestionario para padres de un niño con convulsiones](#). El plan es para que usted y el médico de su hijo lo discutan, completen y **requiere la firma del padre y del médico**. Luego, regrese a la oficina de la escuela de su hijo lo antes posible.

Este Plan de Acción estará disponible para todo el personal apropiado en el edificio escolar de su hijo para que la escuela conozca qué pasos tomar en caso de que surja una emergencia.

Es importante para la seguridad de su hijo que tengamos los formularios de consentimiento de medicamentos adecuados, suministros y medicamentos en la escuela para responder a una emergencia. **Todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) requieren un formulario de consentimiento con las firmas del padre y del médico.** El formulario de consentimiento está disponible en la oficina de la escuela. Esta documentación debe completarse **anualmente** antes del primer día de clases y llevarse a la oficina de la escuela.

¿No le interesa lo anterior? Firme a continuación y devuélvase al asistente de salud.

☐ Mi hijo no necesita servicios adicionales en la escuela. Siempre se les proporcionan primeros auxilios.

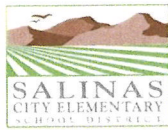
Nombre del niño: _____ Firma del padre / tutor: _____
Nacimiento del niño: _____ Fecha: _____
Escuela: _____

Por favor, llame a la enfermera del Distrito o la oficina de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud. Gracias por ayudarnos a garantizar un año seguro y saludable para su niño en el Salinas City Elementary School District.

Atentamente,

Servicios de salud





Salinas City Elementary School District

SEIZURE ACTION PLAN

THIS STUDENT IS BEING TREATED FOR A SEIZURE DISORDER. THE INFORMATION BELOW SHOULD ASSIST YOU IF A SEIZURE OCCURS DURING SCHOOL HOURS.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ Parent/Guardian: _____
Cell: _____ Treating Physician: _____ Phone: _____
Significant Medical History: _____

SEIZURE INFORMATION:

Seizure Type	Length	Frequency	Description

Seizure triggers or warning signs: _____

Student's reaction to seizure: _____

BASIC FIRST AID: CARE & COMFORT: (Please describe basic first aid procedures care & comfort **after** seizure)

Does the student need to leave the classroom after a seizure? ___ YES ___ NO

If YES, describe process for returning student to classroom: _____

EMERGENCY RESPONSE:

A "seizure emergency" for this student is defined as: _____

Seizure Emergency Protocol: (Check all that apply and clarify below)

- ☐ Contact school nurse at _____
- ☐ Call 911 for transport to (Preferred Hospital) _____
- ☐ Notify parent or emergency contact at _____
- ☐ Notify doctor at _____
- ☐ Administer emergency medications as indicated below
- ☐ Other: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL HOURS (include daily & emergency medications):

Emerg. Med	Daily Medication	Dosage & Time	Common Side Effects & Special Instructions

Does the student have any devices (VNS, RNS, DBS with Date Implanted)? ___ YES ___ NO

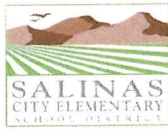
If YES, Describe device use: _____

SPECIAL CONSIDERATIONS & SAFETY PRECAUTIONS: (regarding school activities, sports, trips, diet, etc.)

Physician Signature: _____ Date: _____

Parent Signature: _____ Date: _____





Salinas City Elementary School District

PLAN DE ACCIÓN

ESTE ESTUDIANTE ESTÁ EN TRATAMIENTO POR UN TRASTORNO DE CONVULSIONES. LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DEBERÍA AYUDARLE SI OCURRE UNA CONVULSIÓN DURANTE EL HORARIO ESCOLAR.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Padre / tutor: _____
Celular: _____ Médico tratante: _____ Teléfono: _____
Historial médico significativo: _____

INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN:

Tipo de convulsión	Longitud	Frecuencia	Descripción

Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia: _____

Reacción del estudiante a la convulsión: _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y COMODIDAD: (Describe los procedimientos básicos de primeros auxilios - cuidado y comodidad *después* de la convulsión) _____

¿Necesita el estudiante salir del aula después de una convulsión? SÍ NO
En caso afirmativo, describa el proceso para que el estudiante regrese al aula: _____

RESPUESTA DE EMERGENCIA:

Una "emergencia por convulsiones" para este estudiante se define como: _____

Protocolo de emergencia por convulsiones: (Marque todo lo que corresponda y aclare a continuación)

- ☐ Comuníquese con la enfermera de la escuela al _____
- ☐ Llame al 911 para transporte a (Hospital preferido) _____
- ☐ Notifique a los padres o al contacto de emergencia a _____
- ☐ Notifique al médico a _____
- ☐ Administre los medicamentos de emergencia como se indica a continuación
- ☐ Otro: _____

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR (incluya medicamentos diarios y de emergencia):

Emerg. Med	Dosis y horario del medicamento	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante algún dispositivo (VNS, RNS, DBS con fecha de implantación)? SÍ NO

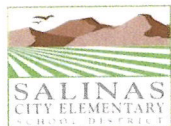
En caso afirmativo, describa el uso del dispositivo: _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES DE SEGURIDAD: (sobre actividades escolares, deportes, viajes, alimentación, etc.) _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____





Salinas City Elementary School District

QUESTIONNAIRE FOR PARENT OF A STUDENT WITH SEIZURES

Please complete all questions. This information is essential for the school nurse and school staff in determining your student's special needs and providing a positive and supportive learning environment. If you have any questions about how to complete this form, please contact your child's school nurse.

CONTACT INFORMATION:

Student's Name: _____ School Year: _____ Date of Birth: _____
School: _____ Grade: _____ Classroom: _____ Parent Name: _____
Tel. (H): _____ (W): _____ (C): _____
Other Emergency Contact: _____ Tel. (H): _____ (W): _____
(C): _____ Child's Neurologist: _____ Tel: _____
Location: _____ Child's Primary Care Dr.: _____
Tel: _____ Location: _____
Significant medical history or conditions: _____

SEIZURE INFORMATION:

1. When was your child diagnosed with seizures or epilepsy? _____
2. Seizure type(s):

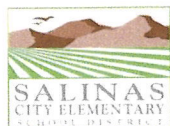
<i>Seizure Type</i>	<i>Length</i>	<i>Frequency</i>	<i>Description</i>

3. What might trigger a seizure in your child? _____
4. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? ____ YES ____ NO
If YES, please explain: _____
5. When was your child's last seizure? _____
6. Has there been any recent change in your child's seizure patterns? ____ YES ____ NO
If YES, please explain: _____
7. How does your child react after a seizure is over? _____
8. How do other illnesses affect your child's seizure control? _____

BASIC FIRST AID: Care and Comfort Measures

9. What basic first aid procedures should be taken when your child has a seizure in school? _____





Salinas City Elementary School District

10. Will your child need to leave the classroom after a seizure? ____ YES ____ NO

If YES, What process would you recommend for returning your child to classroom: _____

Basic Seizure First Aid:

- Stay calm & track time
- Keep child safe breathing
- Do not restrain
- Do not put anything in mouth
- Record seizure in log
- Stay with child until fully conscious

For tonic-clonic (grand mal) seizure:

- Protect head
- Keep airway open/watch
- Turn child on side

A Seizure is generally considered an Emergency when:

- A convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
- Student has repeated seizures without regaining consciousness
- Student has a first time seizure
- Student is injured or diabetic
- Student has breathing difficulties
- Student has a seizure in water.

SEIZURE EMERGENCIES

11. Please describe what constitutes an emergency for your child? (Answers may require consultation with a treating physician and school nurse.) _____

12. Has your child ever been hospitalized for continuous seizures? ____ YES ____ NO

If YES, please explain: _____

SEIZURE MEDICATION AND TREATMENT INFORMATION

13. What medication(s) does your child take?

Medication	Date Started	Dosage	Frequency and time of day taken	Possible side effects

14. What emergency/rescue medications are prescribed for your child?

Medication	Dosage	Administration Instructions (timing* & method**)	What to do after administration:

* After 2nd or 3rd seizure, for cluster of seizure, etc. ** Orally, under tongue, rectally, etc.

15. What medication(s) will your child need to take during school hours? _____

16. Should any of these medications be administered in a special way? ____ YES ____ NO

If YES, please explain: _____

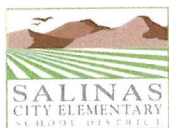
17. Should any particular reaction be watched for? ____ YES ____ NO

If YES, please explain: _____

18. What should be done when your child misses a dose? _____

19. Should the school have backup medication available to give your child for missed doses? ____ YES ____ NO





Salinas City Elementary School District

20. Do you wish to be called before backup medication is given for a missed dose? _____

21. Does your child have a Vagus Nerve Stimulator? ____ YES ____ NO

If YES, please describe instructions for appropriate magnet use: _____

SPECIAL CONSIDERATIONS & PRECAUTIONS

22. Check all that apply and describe any considerations or precautions that should be taken

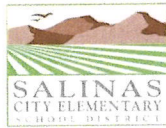
- **General health:** _____
- **Physical functioning:** _____
- **Learning:** _____
- **Behavior:** _____
- **Mood/coping:** _____
- **Physical education (gym)/sports:** _____
- **Recess:** _____
- **Field trips:** _____
- **Bus transportation:** _____
- **Other:** _____

GENERAL COMMUNICATION ISSUES

23. What is the best way for us to communicate with you about your child's seizure(s)? _____

24. Can this information be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel? ____ YES ____ NO

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



Salinas City Elementary School District

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CONVULSIONES

Por favor conteste todas las preguntas. Esta información es esencial para la enfermera de la escuela y el personal de la escuela para determinar las necesidades especiales de su estudiante y proporcionar un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO:

Nombre del estudiante: _____ Ciclo escolar: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Salón de clases: _____ Nombre del padre: _____
Teléfono. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
Otro contacto de emergencia: _____ Tel. (C): _____ (T): _____
(C): _____ Neurólogo del niño: _____ Tel: _____
Ubicación: _____ Pediatra del niño: _____
Tel: _____ Ubicación: _____
Condiciones o antecedentes médicos importantes: _____

INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN:

1. ¿Cuándo le diagnosticaron a su hijo convulsiones o epilepsia? _____
2. Tipo (s) de: _____

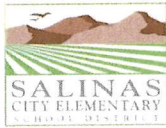
<i>Tipo de convulsión</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

3. ¿Qué podría impulsar una convulsión en su hijo? _____
4. ¿Hay alguna advertencia y / o cambios de comportamiento antes de que ocurra la convulsión? ____ SÍ ____ NO
En caso afirmativo, explique: _____
5. ¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo? _____
6. ¿Ha habido algún cambio reciente en los patrones de convulsiones de su hijo? ____ SÍ ____ NO
En caso afirmativo, explique: _____
7. ¿Cómo reacciona su hijo después de que termina una convulsión? _____
8. ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo? _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Medidas de cuidado y comodidad

9. ¿Qué procedimientos básicos de primeros auxilios se deben tomar cuando su hijo tiene una convulsión en la escuela? _____





Salinas City Elementary School District

10. ¿Deberá su hijo salir del aula después de una convulsión? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, ¿qué proceso recomendaría para devolver a su hijo al aula: _____

Primeros auxilios básicos para las convulsiones: Para convulsiones tónico-clónicas (gran mal):

- Mantenga la calma y controle el tiempo - Proteja la cabeza
- Mantenga al niño seguro - Mantenga las vías respiratorias abiertas / observe la respiración
- No lo sujete - Ponga al niño de lado
- No se ponga nada en la boca
- Registre la convulsión en un registro
- Permanezca con el niño hasta que esté completamente consciente

A Seizure is generally considered an Emergency when:

- A convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
- Student has repeated seizures without regaining consciousness
- Student has a first time seizure
- Student is injured or diabetic
- Student has breathing difficulties
- Student has a seizure in water.

EMERGENCIAS CONVULSIONES

11. Describa qué constituye una emergencia para su hijo. (Las respuestas pueden requerir una consulta con un tratante médico y una enfermera de la escuela.) _____

12. ¿Su hijo alguna vez ha sido hospitalizado por convulsiones continuas? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, explique: _____

CONVULSIÓN INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS

13. ¿Qué medicamento (s) toma su hijo?

Medicamento	Fecha iniciada	dosis	Frecuencia y hora del día en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué emergencia /medicamentos de rescate se recetan a su hijo?

Medicación	Dosis	Instrucciones de administración (tiempo *y método **)	Qué hacer después de la administración:

* Después del 2nd or 3rd convulsiones, para el grupo de convulsiones, etc.

** Por vía oral, debajo de la lengua, por el recto, etc.

15. ¿Qué medicamentos necesitará tomar su hijo durante el horario escolar? _____

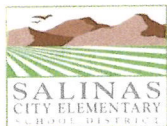
16. ¿Debe administrarse alguno de estos medicamentos de una manera especial? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, explique: _____

17. vigilar ¿Se debe alguna reacción en particular? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, explique: _____





Salinas City Elementary School District

18. ¿Qué se debe hacer cuando su hijo omite una dosis? _____

19. ¿Debería la escuela tener medicamentos de respaldo disponibles para darle a su hijo las olvidadas dosis?

____ SÍ ____ NO

20. ¿Desea que lo llamen antes de que se le administre el medicamento de respaldo para la dosis omitida?

21. ¿Tiene su hijo un estimulador del nervio vago? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, describa las instrucciones para el uso apropiado del imán: _____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que corresponda y describa cualquier consideración o precaución que deba tomarse

- **Salud general:** _____

- **funcionamiento físico:** _____

- **aprendizaje:** _____

- **Comportamiento:** _____

- **Mood / afrontamiento:** _____

- **La educación física (gimnasia) / deportes:** _____

- **Receso:** _____

- **Salidas decampo:** _____

- **El transporte en autobús:** _____

- **Otros:** _____

GENERALES DE COMUNICACIÓN PROBLEMAS

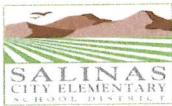
23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted acerca de las convulsiones de su hijo? _____

24. ¿Se puede compartir esta información con el maestro (s) del salón de clases y otro personal escolar apropiado?

____ SÍ ____ NO

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____





Salinas City Elementary School District

AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Name of School: _____
School's Number: _____ Schools Fax: _____ Teacher's Name: _____ Grade _____

In accordance with California Education Code section 49423, all students receiving medication at school require a medication authorization which must be completed by a California licensed physician or other healthcare provider who has the authority to prescribe medication in the state of California. The information requested on this form is necessary to comply with the law and to ensure adequate protection for students. If any of the conditions on this authorization change, a new form must be completed and signed by the parent and health care provider.

This form is valid for school year _____ to _____.

PARENT SECTION

I, the undersigned as legal parent/guardian of _____ (student's name)
_____ (birth date) authorize the school nurse, or other school staff designated by the school site principal, to administer the following listed medication(s) to my child as prescribed on this authorization and in accordance with California law as referenced below. I also authorize, as needed, the sharing of information related to my child's health on matters related to this medication, between the school nurse (or designee) and the health care provider listed below. I will comply with the procedures listed on the back of this form related to administering medication at school.

Date: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Phone Number: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
------------	------	--------------------------	------------------	-----------

1. _____

2. _____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

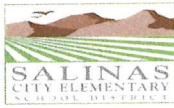
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



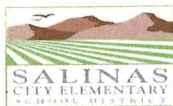


The procedure covering prescription and non-prescription medication will be executed under the following conditions:

1. Only medications prescribed by the student's health care provider listed on this form may be brought to school. Written parent permission is also required.
2. The medication shall be taken directly by the student in accordance with instructions from the provider as listed on this authorization.
3. Medication brought to school will be given to the student according to the provisions listed on this form. The prescription or manufacturer's container must be clearly labeled with:
 - The name of the student
 - The name of the prescribing provider
 - The pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer
 - The strength of the medications and the amount to be given (dose)
 - The method of administration (oral, inhaled, topical, etc.)
 - The specific time and/or specific situations in which the medication is given
 - Parents may want to ask the pharmacist for "school packaging" - a separate container labeled just for the school time dose
4. Parents/guardians must provide all materials or necessary equipment for medication administration.
5. An adult must bring the medication to the school and pick up any outdated or unused medication.
6. All medications will be kept in a secure place. Any special instructions for storage or security measures must be written by the provider and given to school personnel. Students carrying and administering their own medications must have prescriber and parent/guardian written authorization.
7. A new medication authorization form must be completed for any change in dose, time, or method. It will be valid for the current school year or until a discontinuing date listed by the prescribing individual.

References: California Education Code Section: 49423 Medication at School; 49480 Continuing Medication. Business and Professions Code: 2725 Verbal Orders; Definition of a Physician; Definition of a lawful prescription; 4051 Restrictions on furnishing medications without prescription.





Salinas City Elementary School District

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Número de la escuela: _____ Fax: _____ Nombre del maestro: _____ Grado: _____

De acuerdo con la sección 49423 del Código de Educación de California, todos los estudiantes que reciben medicamentos en la escuela requieren una autorización de medicamentos que debe ser completado por un médico con licencia de California u otro proveedor de atención médica que tenga la autoridad para recetar medicamentos en el estado de California. La información solicitada en este formulario es necesaria para cumplir con la ley y para asegurar protección adecuada para los estudiantes. Si alguna de las condiciones de esta autorización cambia, el padre y el proveedor de atención médica deben completar y firmar un nuevo formulario.

Este formulario es válido para el año escolar desde _____ al _____.

SECCIÓN DE PADRES

Yo, el abajo firmante como padre/tutor legal de _____ (nombre del estudiante)
_____ (fecha de nacimiento) autorizo a la enfermera de la escuela, u otro personal escolar designado por el director de la escuela, a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo como prescrito en esta autorización y de acuerdo con la ley de California como se menciona a continuación. También autorizo, según sea necesario, el intercambio de información relacionada con la salud de mi hijo sobre asuntos relacionados con este medicamento, entre la enfermera de la escuela (o su designado) y el proveedor de atención médica que se indica a continuación. Cumpliré con los procedimientos enumerados en la segunda página de este formulario relacionados con la administración de medicamentos en la escuela.

Fecha: _____ Firma del Padre / Tutor: _____ Número de teléfono: _____

PROVIDER SECTION: To be completed by an authorized health care provider

Diagnosis/Condition _____

I hereby instruct a designated school staff member to assist the above student in taking:

Medication	Dose	Method of Administration	Time to be given	Frequency
------------	------	--------------------------	------------------	-----------

1. _____

2. _____

Discontinue Medication # 1 (date) _____ Discontinue Medication # 2 (date) _____

Other medications taken by this student: _____

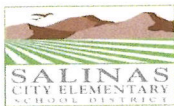
Health Care Provider's Name (printed) _____ Signature _____

MD/DO/DDS/PA/NP CA License # _____

Physician's Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Reviewed by (Name of School Nurse): _____ Signature: _____ Date: _____



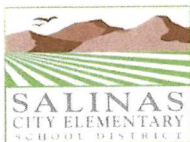


El procedimiento que abarque medicamentos con receta y sin receta se realizará en las siguientes condiciones:

1. Solo se pueden traer a la escuela los medicamentos recetados por el proveedor de atención médica del estudiante que figura en este formulario.
También se requiere el permiso por escrito de los padres.
2. El estudiante deberá tomar el medicamento directamente de acuerdo con las instrucciones del proveedor que se enumeran en esta autorización.
3. Los medicamentos que se traigan a la escuela se le darán al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en este formulario. El envase de la receta o del fabricante debe estar claramente etiquetado con:
 - El nombre del estudiante
 - El nombre del proveedor que prescribe
 - La farmacia que dispuso el medicamento o el fabricante
 - La potencia de los medicamentos y la cantidad a administrar (dosis)
 - El método de administración (oral, inhalado, tópico, etc.)
 - El momento específico y/o las situaciones específicas en las que se administra el medicamento.
 - Es posible que los padres quieran pedirle al farmacéutico un "empaque escolar": un recipiente separado etiquetado sólo para la dosis del horario escolar
4. Los padres/tutores deben proporcionar todos los materiales o equipos necesarios para la administración de medicamentos.
5. Un adulto debe traer el medicamento a la escuela y recoger cualquier medicamento vencido o sin usar.
6. Todos los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro. Cualquier instrucción especial para el almacenamiento o medidas de seguridad debe ser escrita por el proveedor y entregada al personal de la escuela. Los estudiantes que lleven y administren sus propios medicamentos deben tener una autorización por escrito del prescriptor y del padre/tutor legal.
7. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos para cualquier cambio de dosis, hora o método. Será válido para el año escolar en curso o hasta la fecha de suspensión indicada por la persona que lo prescribe.

Referencias: Código de Educación de California Sección: 49423 Medicamentos en la Escuela; 49480 Medicación continua. Código de Negocios y Profesiones: 2725 Órdenes Verbales; Definición de Médico; Definición de prescripción lícita; 4051 Restricciones al suministro de medicamentos sin receta.





Salinas City Elementary School District

Student Self Administration Procedure At School

Students who need medication while at school may carry emergency medication (such as asthma inhalers, insulin, and Epi-pens) and self-administer such medication under the supervision of school personnel, provided the following conditions are met:

1. The medication is necessary to the student's health and must be taken during school hours. A Medication at School form must be completed also.
2. Parent has reviewed with the student the importance of a secure storage place for medication, not to share any medication with others, and to report to school authorities immediately if medication is lost or misplaced.
3. The student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume that responsibility and has been adequately instructed at home.
4. The student agrees to inform his/her teacher and/or the office staff whenever medication is self-administered.
5. Parent understands there will be no medication record of doses received other than what the student provides.
6. Parent will provide a back-up medication unit to be stored in the school health room.
7. Salinas City Elementary School District retains the right to confiscate medications that are misplaced or places the safety of other students at risk.

I request that my child, _____, be allowed to self-administer this medication: _____. All medication will be furnished by me, and is to be in the original container from a pharmacy with the label intact.

I understand that my signature on this form constitutes a waiver for any liability that may arise in the administering of this procedure at school.

SIGNATURE OF PARENT(S) OR GUARDIAN

DATE

SIGNATURE OF STUDENT

DATE

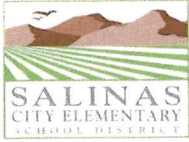
SIGNATURE OF PRINCIPAL

DATE

SIGNATURE OF PHYSICIAN

DATE

THIS REQUEST WILL EXPIRE AT THE END OF THE CURRENT SCHOOL YEAR



Salinas City Elementary School District

Procedimiento de escuela de administración propia

Los estudiantes que necesiten medicamentos mientras están en la escuela pueden llevar medicamentos de emergencia (como inhaladores para el asma, insulina y Epi-pens) y autoadministrarse dichos medicamentos bajo la supervisión del personal escolar, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. El medicamento es necesario para la salud del estudiante y debe tomarse durante el horario escolar. También se debe completar un formulario de Medicamentos en la escuela.
2. El padre ha repasado con el estudiante la importancia de un lugar seguro para guardar los medicamentos, no compartir ningún medicamento con otros e informar a los administradores escolares de inmediato si el medicamento se pierde o se extravía.
3. El estudiante es físicamente, mentalmente y conductualmente capaz de asumir esa responsabilidad y ha sido instruido adecuadamente en casa.
4. El estudiante se compromete a informar a su maestro y/o al personal de la oficina siempre que el medicamento sea autoadministrado.
5. Los padres entienden que no habrá un registro de medicamentos de las dosis recibidas que no sean las proporcionadas por el estudiante.
6. Los padres proporcionarán una unidad de medicamentos de respaldo para almacenar en la oficina de salud de la escuela.
7. Salinas City Elementary School District tiene el derecho de confiscar medicamentos que se extravíen o pongan en riesgo la seguridad de otros estudiantes.

Solicito que se permita a mi hijo, _____, autoadministrarse este medicamento: _____. Todos los medicamentos serán proporcionados por mí y deben estar en el envase original de una farmacia con la etiqueta intacta.

Entiendo que mi firma en este formulario constituye una renuncia a cualquier responsabilidad que pueda surgir en la administración de este procedimiento en la escuela.

_____	_____
FIRMA DEL PADRE (S) O TUTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL DIRECTOR	FECHA
_____	_____
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA

ESTA SOLICITUD EXPIRA AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR ACTUAL

Seizure Observation Record

Name:			
Date & Time			
Seizure Length			
Pre-Seizure Observation (Briefly list behaviors, triggering events, activities)			
Conscious (yes/no/altered)			
Injuries (briefly describe)			
Muscle Tone/Body Movements	Rigid/clenching		
	Limp		
	Fell down		
	Rocking		
	Wandering around		
	Whole body jerking		
Extremity Movements	(R) arm jerking		
	(L) arm jerking		
	(R) leg jerking		
	(L) leg jerking		
	Random Movement		
Color	Bluish		
	Pale		
	Flushed		
Eyes	Pupils dilated		
	Turned (R or L)		
	Rolled up		
	Staring or blinking (clarify)		
	Closed		
Mouth	Salivating		
	Chewing		
	Lip smacking		
Verbal Sounds (gagging, talking, throat clearing, etc.)			
Breathing (normal, labored, stopped, noisy, etc.)			
Incontinent (urine or feces)			
Post-Seizure Observation	Confused		
	Sleepy/tired		
	Headache		
	Speech slurring		
	Other		
Length to Orientation			
Parents Notified? (time of call)			
EMS Called? (call time & arrival time)			

Please put additional notes on back as necessary.